

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1963 - N° 106

**Considérations sur l'état tensionnel
de 267 alcooliques chroniques traités
en milieu psychiatrique**

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 juin 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

LAMBERT Georges

né le 9 octobre 1930

à SAINT-ÉTIENNE (Loire)

IMPRIMERIE TITOULET & RÈMY

Rue de la Valse
SAINT-ÉTIENNE

1963

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1963 - N° 106

**Considérations sur l'état tensionnel
de 267 alcooliques chroniques traités
en milieu psychiatrique**

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 juin 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

LAMBERT Georges

né le 9 octobre 1930

à SAINT-ÉTIENNE (Loire)

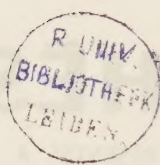
IMPRIMERIE TITOULET & RÉMY

Rue de la Vaise

SAINT-ÉTIENNE

1963

Considérations sur l'état tensionnel de 207 alcooliques chroniques traités en milieu psychiatrique



FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et université d'été de 1962
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

LAMBERT Georges
né le 9 octobre 1930
à SAINT-ÉTIENNE (Loire)

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.
Doyen	M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Assesseurs	MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET.

PROFESSEURS

Physiologie A	MM. HERMANN.
Clinique urologique	CIBERT.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Bey- routh).
Clinique neuro-psychiatri- que et hygiène mentale.	DECHAUME.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Chimie organique et toxi- cologie	CHAMBON.
Clinique chirurgicale B ..	WERTHEIMER.
Clinique médicale B	PAUPERT- RAVAULT.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT.
Clinique médicale C	CROIZAT.
Chimie biologique et mé- dicale	ENSELME.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL.
Clinique gynécologique ..	POLLOSSON.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.
Médecine du travail	BOURRET.
Clinique médicale A	LEVRAT.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.

Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	MM. BERNHEIM.
Biologie médicale et phar- macodynamie	JOURDAN.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.
Chimie analytique pharma- ceutique	BADINAND.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.
Médecine légale et déonto- logie	ROCHE.
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.
Clinique d'oto-rhino-laryn- gologie et d'audio-pho- nologie	MOUNIER- KUHN.
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et aller- gologie	THIERS.
Clinique de pneumo-phti- siologie	BRUN.
Clinique traumatologique des membres	CREYSSEL.
Clinique carcinologique ..	DARGENT.
Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Pathologie générale et ex- périmentale	GIRARD Paul.
Anatomie	LATARJET.
Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Thérapeutique	GIRARD Marcel.
Pathologie médicale	VACHON.
Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Radiologie	PAPILLON
Clinique des maladies in- fectieuses	JEUNE.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN.
Bactériologie	MONNET.
Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Physiologie B	CHATONNET.
Clinique endocrinologique .	GUINET.
Clinique de chirurgie or- thopédique	TRILLAT.
Clinique stomatologique .	FREIDEL.
Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	MARION Joseph.
Matière médicale et légis- lation pharmaceutique .	DORCHE.
Histologie et embryologie.	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Physiologie	CIER J.-François.
Chirurgie générale	MANSUY.

Professeurs en surnombre :

Pédiatrie et puériculture .	MM. SARROUY.
Climatologie	LACROIX.
Thérapeutique chirurgicale.	GOINARD.
Propédeutique chirurgicale.	LIARAS.
Chimie pharmaceutique ..	COLLET.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André.
Chimie organique et toxicologie	PERROT.
Histologie et embryologie	DUMONT.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Neuro-chirurgie	MM. LECUIRE
Médecine générale	REVOL Louis.
Chimie biologique	CREYSSSEL
	Roger.
Hygiène	THIVOLET.
Parasitologie	GARIN.
Médecine du travail	TOLOT.
Electro-radiologie	PINET.
Médecine générale	DESPIERRES.
Botanique et cryptogamie.	ODDOUX.
Chimie analytique	DE SOLLIERS.
Médecine générale et thé-	
rapeutique	LEJEUNE.
Chirurgie générale	REBOUILLAT.
Electro-radiologie	BUFFARD.
Maladies infectieuses	NAUSSAC.
Pédiatrie	ROMAGNY.
Stomatologie	DE MOURGUES
	François.
Anatomie	DUROUX.
Anatomie	BOUCHET.
Thérapeutique	BRETTE.
Anatomie pathologique . .	TOMMASI.
Hygiène	RIFFAT.
Pathologie expérimentale .	JOUVET.
Hématologie	FAVRE-GILLY.
Histologie et embryologie .	GIROD.
Chimie analytique	MALLEIN.
Chimie biologique	GRAS.
Physique biologique	PEYRIN.
Bactériologie	VIALLIER-
Biologie médicale et phar-	RAYNARD.
macodynamie	FAUCON
Physiologie	FLANDROIS.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale	MM. PONT.
Médecine générale	VIGNON.
Médecine générale	PLAUCHU.
Médecine générale	TRAEGER.
Médecine générale	DEVIC.
Médecine générale	GARDE.
Médecine générale	PERRIN André.
Médecine générale	LARBRE.
Médecine générale	MORNEX.
Médecine générale	NORMAND.
Médecine générale	FRIES
Médecine générale	LAMBERT.
Médecine générale	NOEL Gilbert.
Médecine générale	ROBERT.
Chirurgie générale	MARION
	Pierre.
Chirurgie générale	MICHAUD.
Chirurgie générale	JAUBERT-
Chirurgie générale	DE-BEAUJEU.
Chirurgie générale	SAUTOT.
Chirurgie générale	GUILLEMINE.
Chirurgie générale	DE MOURGUES
	Georges.
Chirurgie générale	FRANCILLON.
Chirurgie générale	SAUBIER.
Chirurgie générale	MARET
Chirurgie générale	DESCOTES.
Chirurgie générale	MICHOULIER.
Obstétrique	BURTHIAULT.
Obstétrique	DUMONT
	Martial.
Obstétrique	GARMIER
Oto-rhino-laryngologie . . .	GIGNOUX.
Oto-rhino-laryngologie . . .	GAILLARD.
Pédiatrie et puériculture . .	FRANÇOIS.
Pédiatrie et puériculture . .	BETHENOD.
Dermatologie	COLOMB.
Médecine légale	COLIN.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT.
Ophthalmologie	BONAMOUR.
Ophthalmologie	HUGONNIER.
Urologie	DURAND.
Electro-radiologie	CHASSARD.
Neuro-chirurgie	ALLEGRE.
Orthopédie	FAYSE.
Orthopédie	SCHNEPP.
Pneumo-phtisiologie	KALB.
Stomatologie	DUMAS.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. DECHAUME J., Président.
PERRIN A.
GUYOTAT J.
NORMAND J.

A MES PARENTS

Je leur dois l'exemple d'une vie de travail, de sacrifices et d'amour.

Que ce modeste travail soit un témoignage de mon infinie reconnaissance et de mon affection.

A MA SŒUR

Avec toute ma tendresse.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DECHAUME

*Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique
et d'Hygiène mentale*

Durant nos années d'études nous avons pu bénéficier de l'étendue de ses connaissances médicales et humaines.

Il nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre gratitude et de notre profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. PERRIN

Il nous a guidé avec la plus grande bienveillance au cours de ce travail.

Nous avons souvent abusé de son temps et nous lui savons gré de la sollicitude de son accueil.

Nous tenons à lui exprimer nos respectueux remerciements.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. GUYOTAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. NORMAND

Ils nous font l'honneur de bien vouloir juger notre thèse.

Nous les prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. LARRIVE

Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu

Nous garderons une profonde empreinte de notre passage dans son service.

Sa grande expérience clinique, ses exigences envers lui-même, sa grande probité sont pour nous des exemples précieux.

Il nous a fait l'honneur de nous confier ce travail. Sa constante amabilité a été pour nous un très appréciable appui.

Puisse ce travail lui témoigner notre grand respect et notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. MESTRALLET

Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu

Nous admirons l'universalité et la profondeur de son esprit, sa parfaite connaissance de l'Humain.

Nous avons pu apprécier sa haute compétence psychiatrique et sa courtoisie.

Nous l'assurons de notre dévouement et de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CARRIER

Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu

Qu'il veuille bien accepter l'expression de nos sentiments très respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LANG

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Son sens critique, sa culture étendue, la vivacité de son esprit font notre admiration.

Nous sommes particulièrement sensible à la délicate simplicité de ses relations avec collaborateurs et malades.

Nous le remercions de ses marques de sympathie.

A SA FAMILLE

A MONSIEUR LE RÉVÉREND PÈRE PRIEUR

ET A LA COMMUNAUTÉ DES FRÈRES DE SAINT-JEAN-DE-DIEU

INTRODUCTION

L'origine du syndrome hypertensif a, depuis longtemps, suscité l'intérêt de nombreux auteurs, mais le rôle de facteurs exogènes, toxiques en particulier, n'a été que peu invoqué ; l'intoxication saturnine est un exemple rare. L'intervention de l'alcool est restée très discutée et l'importance des travaux de ces dix dernières années, surtout, n'a pas permis de résoudre ce problème.

Les études statistiques, les observations cliniques mêmes, ont bien souvent donné des résultats contradictoires et, pour les uns, l'alcoolisme devenait un facteur étiologique certain de l'hypertension artérielle (LECOQ), en même temps que d'autres ne retenaient pas la moindre augmentation de fréquence de celle-ci chez les éthyliques (SCHNALL).

S'il n'est pas dans nos intentions d'apporter ici une solution, nous espérons montrer par notre étude statistique que l'hypertension artérielle peut évoluer parallèlement à l'alcoolisme chronique avec une constance que le hasard ne suffit pas à expliquer.

Après avoir tracé dans un rappel historique l'évolution des idées concernant les rapports du syndrome hypertensif et de l'éthylisme chronique, nous avons développé une étude statistique entreprise sur les conseils de M. le Docteur LARRIVÉ, médecin-chef à l'Hôpital Psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu. Cette étude comparative porte sur 382 observations, dont 267 hommes éthyliques chroniques, hospitalisés pour

une cure de désintoxication, et 115 malades mentaux masculins de tous diagnostics, mais non alcooliques. Nous y déterminons :

— Le taux de tensions artérielles anormalement élevées chez les hommes alcooliques chroniques par rapport aux autres psychopathes ;

— L'influence de la cure de désintoxication sur l'état tensionnel de ces éthyliques.

Enfin, par un essai d'interprétation pathogénique, nous avons tenté de définir les prédispositions de l'alcoolique chronique à l'hypertension artérielle.

I. — HISTORIQUE

Au cours de l'alcoolisme chronique, les constatations cliniques mettent en relief les altérations de l'appareil cardio-vasculaire et, au niveau même du revêtement cutané, l'atteinte des capillaires et des veinules est évidente. Si, dès 1895, l'atteinte myocardique d'origine alcoolique était décrite par AUFRECHT, c'est en 1915 seulement que LIAN, lors d'une communication à l'Académie de Médecine, attirait l'attention sur « l'alcoolisme cause de l'hypertension artérielle ».

Cette notion tombait dans l'oubli, beaucoup d'alcooliques ayant une tension normale, affichant même de l'hypotension comme les cirrhotiques. GALLAVARDIN ne prenait pas position dans son livre sur la tension artérielle. De nouvelles recherches étaient faites.

En 1939, DUBLINEAU, DUCHÈNE et DEROBERT relèvent, sur 100 malades du Service spécial des aliénés alcooliques du département de la Seine :

3 sujets ayant une tension artérielle inférieure à 12 ;

21, une tension artérielle de 12 à 14 ; 25, de 14 à 16 ; 33, de 16 à 18 ; 15, de 18 à 20 et 3, de 20 à 24.

Par comparaison avec des témoins, ils trouvent 50 % d'hypertendus chez les alcooliques, contre 17,2 % chez les abstinents.

En 1937, FROMENT R., BOUCHUT L. et GRASSET J. avaient conclu de leur étude de la cirrhose éthylique que le système cardio-vasculaire était intact dans plus de la moitié des cas. Ces notions demeuraient donc très discutées.

Plus récemment, en 1955, DARDENNE P. reconsidérerait les données de DUBLINEAU selon lesquelles 51 alcooliques sur 100 avaient une tension supérieure à 16 ; dans 11 cas, des intervalles de 4 à 6 cm sur les chiffres de la tension maxima avaient été observés sur une durée de quinze jours. Une enquête était effectuée. DARDENNE et ses élèves BARDON et GUILHAR-MON trouvaient 12 % d'hypertensions artérielles sur 60 alcooliques hospitalisés, contre 3 % dans une population non sélectionnée. D'autre part, sur les 1.600 individus d'une grande administration où l'alcoolisme est traditionnel, ils trouvaient 6 % d'hypertensions et 13 % parmi les grands alcooliques de la même administration.

DARDENNE avec HUILHEM et KERGUELEN purent, en outre, faire une observation quasi expérimentale dans une poudrerie : au second stade de la fabrication de la poudre blanche intervient l'alcool. Par rapport à l'effectif total du poste de travail, ils trouvèrent, suivant le stade de la fabrication, 1,8 % d'hypertensions artérielles avant le mélange et 3,8 % après. Cette hypertension déterminée par l'inhalation des vapeurs d'alcool apparaissait précocement et disparaissait rapidement avec le changement de poste de l'ouvrier.

CAVALIE montrait en 1953 que plus du quart des journées de travail perdues l'étaient par les hypertendus seuls. D'autre part, les 9/10^e de ces absences chez les hypertendus étaient imputables à 19 des 93 hypertendus de l'usine où il avait fait son étude ; ces 19 étaient éthyliques et plus particulièrement 15 d'entre eux.

Une étude systématique du fond d'œil chez les éthyliques chroniques révélait une sclérose diffuse comme dans le début de la vieillesse. (LAMACHE).

Pour ELIASER et GIANIRACUSA, qui s'intéressaient alors (1956) à ce problème aux Etats-Unis d'Amérique, les conséquences de l'alcoolisme sont différentes suivant l'importance de l'absorption. Les effets immédiats de l'alcool absorbé en quantité modérée sont une augmentation des pulsations cardiaques avec élévation de la pression artérielle, alors qu'en quantité excessive, l'alcool cause une bradycardie avec hypotension artérielle. Les manifestations chroniques sont une infiltration graisseuse du myocarde avec dilatation subséquente.

Au même moment, le problème de l'hypertension artérielle était abordé d'une façon plus directe par A.-G. GUILLAUME (1956), qui fit une étude détaillée et une comparaison entre deux statistiques d'individus alcoolisés et de consultants de médecine habituelle. Les résultats étaient probants et, pour lui, l'émotivité qui évolue sur le fond anxieux de l'alcoolique est la cause d'une hypertension artérielle fixée ensuite par le circuit sympatho-endocrinien.

LECOQ R., qui avait montré dès 1948 le rôle de l'alcoolisme dans l'hypertension artérielle, prouvait en 1956 que la cure de désintoxication est capable de faire céder les hypertension d'origine alcoolique.

La fréquence des sujets hypertendus chez les mala-

des hospitalisés pour subir une cure de dégoût (1 mois en moyenne), conduisait LARRIVÉ E. et COSNIER (1957) à étudier 50 d'entre eux ; ces éthyliques avaient manifestement une tension artérielle supérieure à la normale que le sevrage ramenait d'une façon assez stable pour qu'une élévation du chiffre tensionnel, constatée pendant la post-cure, fasse suspecter la rechute.

Malgré cette suite de recherches marquantes, étalée sur ces dix années où s'était manifesté un regain d'intérêt, la réalité de l'hypertension artérielle chez l'alcoolique était controversée, puisque SCHNALL C. et WIENER J.-S. concluaient de leur étude, en 1958, que les alcooliques sont à la fois moins hypertendus et moins hypotendus que la population générale. La question, reprise en 1960, amène SHIJAN I.V., en U.R.S.S., à constater que tout au moins la régulation de la tension artérielle est perturbée, cela dans les deux sens de l'hypertension et de l'hypotension et que, sous l'influence de l'intoxication, se produisent de nombreuses modifications de la paroi des capillaires.

Dernièrement encore, BÉRARD, DAVID, DURAND et PERRIMOND (1962) retiennent d'une étude du syndrome hypertensif à la S.N.C.F., la fréquence de l'association hypertension artérielle et alcoolisme.

De cet historique, un peu chaotique par ses silences, ses controverses et ses divers essais pathogéniques, ressort l'argument d'une coïncidence entre le syndrome hypertensif et l'alcoolisme assez exceptionnelle pour retenir l'attention. L'influence de la désintoxication dans le devenir de l'alcoolique hypertendu a été beaucoup moins envisagée, celui-ci se révélant pourtant plus menacé que les autres par les accidents vasculaires ou cardiaques.

II. — MATERIEL D'ETUDE

Dans son caractère, la population d'un hôpital est naturellement fonction de la nature même de l'hôpital et de son mode de recrutement. Depuis 1839, la Maison de Santé de Saint-Jean-de-Dieu fait office d'Hôpital Psychiatrique pour le département de la Loire, bien que située dans le Rhône ; les malades sur lesquels porte notre travail viennent donc, en majorité, du département voisin. A noter cependant un grand nombre d'alcooliques de la S.N.C.F. traités dans le service de M. le Docteur LARRIVÉ et quelques malades de types divers venus de la région lyonnaise, en particulier par le canal de l'Hôpital du Vinatier, à Lyon, lequel est surpeuplé.

Cette population hospitalière comprend deux sortes de malades :

— les malades venus directement, d'eux-mêmes ou sur les conseils du médecin traitant ;

— les malades dirigés sur la Maison de Saint-Jean-de-Dieu par les hôpitaux de la Loire, provenant

pour la plupart des services de neuropsychiatrie et du dispensaire anti-alcoolique de l'Hôpital de Bellevue à Saint-Etienne.

Une sorte de filtrage conditionne donc les entrées, éliminant en grande partie les malades aigus ou banals soignés sur place.

De plus, seuls les malades mentaux « hommes » sont admis à l'Hôpital de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon.

Nous pouvons distinguer essentiellement deux groupes de malades :

— Les malades hospitalisés en vue d'un traitement anti-alcoolique ;

— Les malades mentaux du tout venant.

1° ETHYLIQUES.

Nous avons donc choisi pour notre étude un groupe de malades soignés particulièrement pour leur éthyliisme au cours des dernières années 1961-1962.

Le nombre de dossiers que nous avons retenus se limite à 267. Nous avons, en effet, éliminé un grand nombre de cas : les uns, considérés comme douteux parce qu'entachés d'un contexte psychiatrique trop chargé ne permettant pas de rapporter nos constatations à l'éthyliisme avec une rigueur suffisante ; les autres, pour l'imprécision trop grande des données qui nous étaient nécessaires.

Le groupe de malades étudié a été constitué d'alcooliques traités dans deux services différents : celui de M. le Docteur LARRIVÉ, d'une part ; celui de M. le Docteur MESTRALLET, d'autre part, ceci afin de disposer d'un matériel groupant d'une façon certaine les deux catégories de malades que nous avons définies précédemment, à savoir :

— les alcooliques ayant dépassé le cadre de l'Hôpital de Saint-Etienne ;

— ceux qui sont venus directement.

En effet, le service de M. le Docteur LARRIVÉ reçoit régulièrement et traite à la Maison de Santé de Saint-Jean-de-Dieu les agents de la S.N.C.F. que leurs habitudes d'intempérance ont conduits au Centre Médical de Lyon-Perrache, et plus précisément à la consultation anti-alcoolique créée en 1951 au sein de la consultation de psychiatrie par M. le Docteur LARRIVÉ qui l'assure. Le dépistage, assumé à la fois par le médecin de section et la collectivité elle-même, assure donc le recrutement direct de sujets dont l'éthylisme a été constaté à l'occasion d'une visite de sécurité, d'une complication aiguë (crise convulsive, delirium tremens), d'une faute professionnelle (absences illégales, accident du travail) ou d'un comportement anti-social.

A ceux-ci s'ajoutent, indifféremment répartis dans les deux services, des malades adressés directement au service libre.

Des malades transférés à l'Hôpital de Saint-Jean-de-Dieu à partir des hôpitaux de la Loire, nous avons disposés d'alcooliques placés d'office par la Préfecture à la suite d'un rapport médico-légal, de malades ayant subi sans succès plusieurs cures d'Esperal (disulfirame), de sujets profondément désocialisés ayant cessé d'être adaptés à un système collectif tant sur le plan humain que professionnel et à la limite du vagabondage, ou de réticents n'admettant pas qu'ils boivent et refusant tout traitement.

Les âges de nos 267 buveurs varient de 23 à 73 ans et peuvent se répartir de la façon suivante :

20 malades de 20 à 30 ans ;

78 malades de 31 à 40 ans ;

106 malades de 41 à 50 ans ;
55 malades de 51 à 60 ans ;
8 malades au delà de 60 ans.

On peut donc penser que le besoin de guérir des alcooliques, ou tout au moins de prendre avis sur leur santé, se fait plus particulièrement sentir aux alentours de l'âge moyen, mais aussi chez des sujets plus jeunes de 30 à 40 ans. Au delà, nous ne trouvons guère qu'un petit nombre de retraités ou d'invalides, peut-être en raison d'une disparition souvent prématurée de ce genre de malades.

La boisson habituelle de nos malades est le vin rouge, quelquefois la bière y est associée. Ils boivent encore des apéritifs, mais avec une fréquence bien inférieure, et rarement des alcools distillés.

La quantité de boissons alcoolisées ingérées, le plus souvent avouée aux environs de deux litres de vin par jour, n'a qu'une valeur très relative. Il faudrait, pour en tenir compte, étudier ce facteur peut-être en estimant la tolérance individuelle et la fréquence des ivresses, ce qui paraît bien aléatoire.

L'ancienneté de l'intoxication est, elle aussi, très difficile à préciser ; il s'agit le plus souvent d'éthylismes anciens qui boivent depuis dix, vingt ou trente ans, conduits à la cure par une exagération de la consommation ou une décompensation de l'intoxication. Les alcooliques les plus jeunes, âgés de 20 à 30 ans, fournissant le pourcentage le plus élevé d'intoxications plus récentes. Sur 20 malades de cette catégorie d'âges, nous avons pu relever 11 éthylismes datant de moins de dix ans.

A l'exception de deux malades, âgés respectivement de 42 et 50 ans, aucun de nos éthylismes ne présentait de cirrhose ascitique ou apparemment évolutive ; par contre, nombreux sont ceux dont

l'examen clinique a révélé une hépatomégalie indiscutable et dont les tests ont décelé une atteinte hépatique, plus particulièrement chez les hommes ayant dépassé 30 ans.

Les jeunes sujets représentent par contre la quasi totalité des comitialités secondaires à l'éthylisme.

Des malades utilisés pour notre travail, 5 seulement présentaient des affections cardiaques ou vasculaires connues et traitées, contre-indiquant toute cure de dégoût.

Il semble enfin nécessaire de présenter brièvement quelques caractères psychologiques utiles à l'esquisse du type général de nos malades, l'alcoolisme — au sens de FOUQUET, « la perte de la liberté de s'abstenir de l'alcool » — ne pouvant être considéré uniquement sous l'angle de la toxicité de l'alcool. Tous nos malades présentent une certaine parenté psychologique, caractérisée par une attitude d'opposition où leurs troubles, leurs causes et leurs conséquences sociales sont minimisés avec plus ou moins de vigueur suivant qu'ils affectent un niveau mental bas ou qu'ils représentent le type du « buveur difficile » de DUBLINEAU : paranoïaque et pervers le plus souvent, asthénique, boudeur et déprimé par périodes.

D'une manière générale, les désordres du comportement ont progressivement abouti à la dissociation du foyer ou à la dégradation du niveau professionnel, souvent les deux à la fois.

2° LES MALADES MENTAUX NON ÉTHYLIQUES.

A titre de comparaison, nous avons choisi parmi les malades des deux mêmes services hospitaliers un groupe de malades mentaux non alcooliques, observés et traités pour les affections psychiatriques les plus diverses, et dans le même temps que nos éthyliques.

Ils ont été recrutés selon le même mode, c'est-à-dire qu'ils sont venus du département de la Loire pour la plupart, soit par l'intermédiaire des hôpitaux de ce département, soit librement sur les conseils du médecin traitant, et répartis indifféremment dans les services des Docteurs LARRIVÉ et MESTRALLET.

Nous avons ainsi retenu un groupe de 115 patients, tous masculins également et pour lesquels aucune notion éthylique n'a jamais été signalée. De la même façon que précédemment, ils ont été classés en cinq catégories d'âges :

- 30 malades de 20 à 30 ans ;
- 27 malades de 31 à 40 ans ;
- 25 malades de 41 à 50 ans ;
- 17 malades de 51 à 60 ans ;
- 16 malades de plus de 60 ans.

Cet ensemble comporte des malades mentaux de tous diagnostics où dominent par leur fréquence des psychopathies telles que les états dépressifs (30,4 %), à peu près répartis dans les catégories d'âges, et les schizophrénies (10,1 %), touchant plus sévèrement la première tranche d'âges. Les autres affections, comitialités, psychoses périodiques, confusions mentales, psychonévroses, sont représentées sans distinctions particulières, à l'exception naturellement des atrophies cérébrales et démences séniles représentant des malades d'un âge souvent élevé.

Ce groupe de psychopathes divers mais non éthyliques, hospitalisés en même temps et dans les mêmes services que les alcooliques présentés précédemment, servira de base à notre comparaison.

Nous pouvons réunir les données précédentes dans un tableau donnant la répartition des malades mentaux en fonction de l'âge, éthyliques et psychopathes divers :

	Nombre de malades	I 20 à 30 ans	II 31 à 40 ans	III 41 à 50 ans	IV 51 à 60 ans	V plus de 60 ans
Ethyliques ...	267	20 7,49 %	78 29,21 %	106 39,70 %	55 20,52 %	8 2,99 %
Divers	115	30 26,08 %	27 23,47 %	25 21,73 %	17 14,78 %	16 13,91 %
Total	382	50 13,08 %	105 27,48 %	131 34,29 %	72 18,84 %	24 6,28 %

TABLEAU I

L'examen de ce tableau nous permet de noter d'importantes différences entre les pourcentages relevés.

Dans le groupe des éthyliques, nous constatons que :

— La plus forte densité de malades hospitalisés se situe dans la catégorie d'âges de 41 à 50 ans ;

— Les pourcentages de beaucoup les plus faibles sont ceux des catégories d'âges de 20 à 30 ans et de plus de 60 ans.

En chiffrant ces constatations, pour plus de précision, des différences considérables de pourcentages sont mises en évidence d'une classe d'âges à l'autre ; pour plus de commodité, nous appellerons ces dernières I, II, III, IV et V (cf. tableau I) :

— en III, la densité dépasse celle de I de 32,21 % ;

— en III, la densité dépasse celle de II de 10,49 % ;

— en III, la densité dépasse celle de IV de 19,18 % ;

— en III, la densité dépasse celle de V de 36,71 %.

L'étude des psychopathes non éthyliques montre :

— une densité d'hospitalisés à peu près stable dans les catégories I, II et III, avec cependant un léger avantages pour les classes I et II ;

— une décroissance de celle-ci dans les deux autres catégories d'âges.

Les chiffres donnent en effet des différences de pourcentages assez faibles :

2,61 % entre I et II ;

4,35 % entre I et III ;

1,74 % entre II et III ;

6,95 % entre III et IV ;

7,82 % entre III et V.

En reproduisant par deux courbes l'évolution des valeurs en pourcentages, nous pouvons dessiner d'une manière plus explicite cette répartition dans chaque classe d'âges :

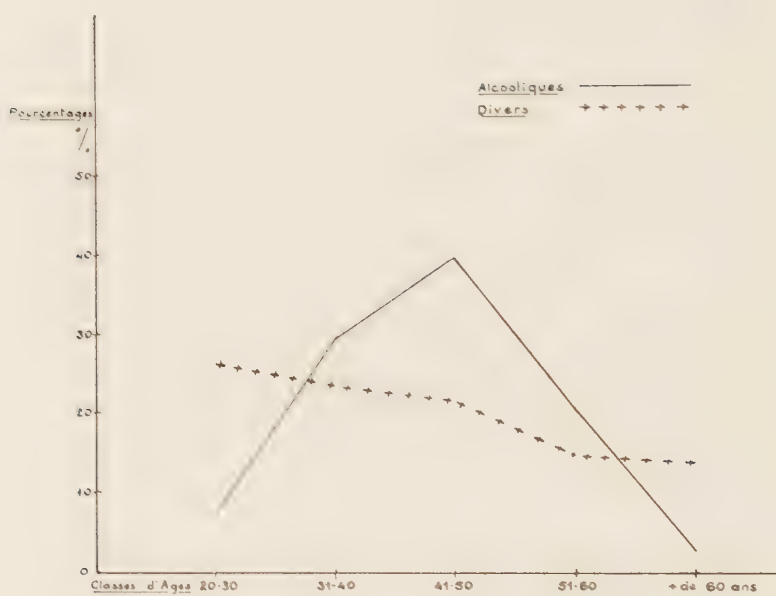


FIGURE 1

En conclusion, d'une population psychiatrique on peut dire :

— qu'au contraire des malades mentaux non éthyliques, dont la densité ne varie que faiblement entre 20 et 50 ans, le pourcentage d'éthyliques chroniques hospitalisés entre 20 et 30 ans, inférieur à celui des précédents de quelque 18,59 %, s'accroît très rapidement pour atteindre son maximum au meridianum de la vie ;

— qu'à partir de 50 ans, il y a chez les alcooliques une décroissance beaucoup plus rapide des hospitalisations jusqu'à une densité plus faible que chez les autres malades mentaux (10,92 % de moins).

Les différences observées dans la première et la dernière catégorie d'âges pouvant s'expliquer :

— par le fait que la schizophrénie, dont le taux de morbidité est élevé (de 0,36 % à 0,85 % dans la population générale, d'après H. EY), est une maladie de l'adolescence ou de l'adulte jeune. Près de 70 % de 20 à 30 ans dans notre statistique, ce qui correspond aux statistiques de KRAEPELIN et de BLEULER : 75 % et 60 % des cas ;

— par le fait que les éthyliques chroniques disparaissent vraisemblablement plus précocement.

III. — FREQUENCE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE DANS LES DEUX GROUPES

A partir de statistiques fragmentaires, en tenant compte des opinions cliniques, étaient fixées des moyennes tensionnelles que l'on considérerait comme valables. Ainsi, la vieille règle de BROCA, qui consiste à ajouter le nombre d'années des patients au chiffre 100 pour évaluer la valeur moyenne de la tension en fonction de l'âge.

Récemment, une étude publiée par Society of Actuaries, faite sur les résultats de 26 compagnies américaines d'assurances sur la vie, montre que les valeurs moyennes de la tension artérielle considérées comme normales, sont nettement inférieures à celles admises jusqu'alors. Il faudrait tenir compte des formules de E.A. LEW :

tension systolique = $111 + 1/3$ de l'âge ;

tension diastolique = $68 + 1/5$ de l'âge.

Dans le tableau suivant sont consignés des chiffres

empruntés à D.M. BENDFORD et tenant compte de ces règles :

Hommes

Ages	systolique	diastoliques
15-19	117 mm	71
20-24	119 mm	73
25-29	121 mm	75
30-34	122 mm	76
35-39	123 mm	77
40-44	124 mm	78
45-49	126 mm	78
50-54	128 mm	79
55-59	130 mm	79
60-64	132 mm	80

Les moyennes tensionnelles déterminées par les formules de LEW nous paraissent bien faibles et nous avons préféré prendre pour base les critères de A. FROMENT : « En dehors du cas particulier de l'enfant chez lequel un chiffre de 14 peut être déjà très pathologique, il faut, pour dire hypertension artérielle, chez un adulte, des chiffres qui atteignent au moins 16/9 ; à condition encore qu'ils représentent le taux minimum, basal, avant la vieillesse ».

Conformément à ces limites, nous avons réparti les individus selon trois classes tensionnelles :

- les hypertensions légères, de 16 à 17 cm de mercure ;
- les hypertensions moyennes, de 18 à 20 ;
- les hypertensions élevées, supérieures à 20.

1° LES ÉTHYLIQUES CHRONIQUES.

Chez les hommes hospitalisés pour éthylisme chronique, nous trouvons 79 hypertendus sur 267 malades, contre 21 sujets sur 115 dans le groupe des malades mentaux non éthyliques.

Le tableau comparatif suivant donne la répartition dans les différentes formes tensionnelles :

	Nombre total de malades	H.T.A. légères 16-17		H.T.A. moyennes 18-19-20		H.T.A. élevées + de 20		Totalité des H.T.A.	
Ethyliques chroniques ...	267	36	13,48 %	38	14,23 %	5	1,87 %	79	29,58 %
Divers	115	7	6,08 %	10	8,69 %	4	3,47 %	21	18,25 %
Total	382	43	11,25 %	48	12,56 %	9	2,35 %	100	26,16 %

TABEAU II

L'examen de cette classification montre que la majoration du nombre des hypertendus chez les alcooliques par rapport à la norme psychiatrique (11,33 % de plus) se retrouve dans les classes d'hypertensions légères et moyennes, dans un rapport légèrement décroissant :

- majoration de 7,4 % dans les hypertensions légères ;
- majoration de 5,54 % dans les hypertensions moyennes.

Le rapport s'inverse dans les catégories des hypertensions artérielles supérieures à 20 cm de mercure, faiblement il est vrai :

1,6 % d'hypertensions élevées en plus chez les malades non éthyliques.

Afin de rendre plus aisée la lecture de ces différences, nous avons établi le graphique suivant donnant la répartition de ces hypertendus dans les trois classes tensionnelles :

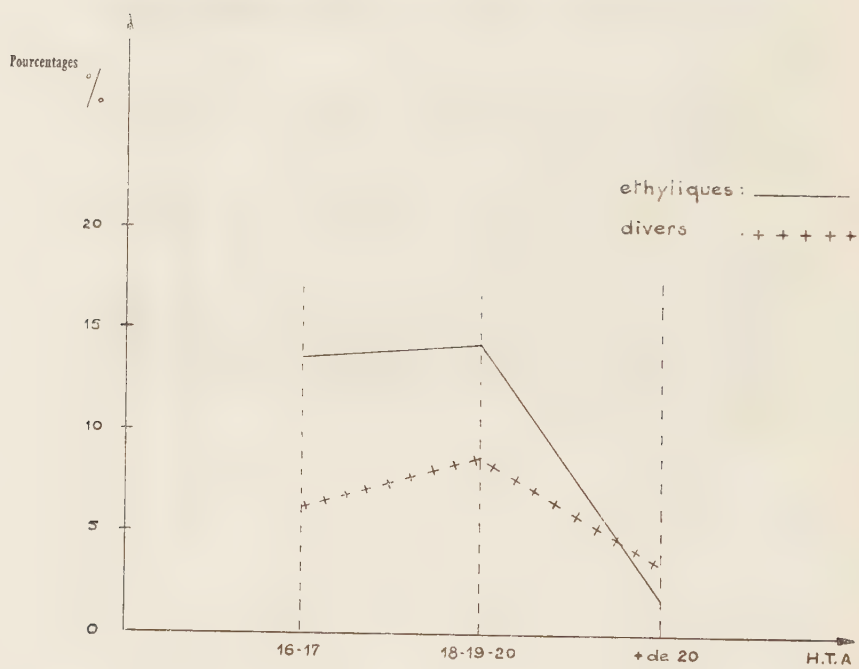


FIGURE 2

En résumé, nous dirons :

— que la proportion d'hommes hypertendus est beaucoup plus forte chez les alcooliques chroniques que chez les autres malades mentaux ;

— que la différence est particulièrement nette, à l'avantage des éthyliques, pour les hypertensions comprises entre 16 et 20 cm ;

— qu'au delà de 20 cm, le nombre d'hypertendus non alcooliques est plus important que celui des éthyliques. Peut-être en raison d'une fragilité particulière de ces derniers (insuffisance cardiaque, hémorragies cérébrales et méningées).

L'âge étant un facteur important dans la genèse de l'hypertension, nous devons ne pas le négliger dans notre étude. Nous pouvons envisager nos trois formes d'hypertensions en fonction des cinq classes d'âges que nous avons déjà utilisées.

La répartition des hommes hospitalisés pour leur alcoolisme est alors la suivante :

Éthyliques	Nombre total de malades	H.T.A. légères 16-17		H.T.A. moyennes 18-19-20		H.T.A. élevées + de 20		Total
15-30 ans	20	2	10 %	1	5 %	0	0 %	3 15 %
31-40 ans	78	10	12,82 %	8	10,25 %	0	0 %	18 23,07 %
41-50 ans	106	19	17,92 %	19	17,92 %	2	1,89 %	40 37,73 %
51-60 ans	55	5	9,09 %	8	14,54 %	2	3,63 %	15 27,26 %
Plus de 60 ans ..	8	0	0 %	2	25 %	1	12,50 %	3 37,50 %

TABLEAU III

De 15 à 40 ans, nous ne trouvons aucune hypertension élevée :

— nous constatons que le pourcentage des hypertendus varie à l'inverse du taux de l'hypertension.

A l'âge moyen, de 41 à 50 ans :

— les trois formes d'hypertension sont représentées ;

— le pourcentage d'hypertendus est égal dans les deux formes d'hypertension artérielle, 16 à 17 et 18 à 20 cm de mercure, et ne décroît qu'au delà.

Après 50 ans, jusqu'à 60 ans :

— tous les taux d'hypertension se retrouvent ;

— les hypertensions élevées figurent le pourcentage le plus fort.

Au delà de 60 ans enfin :

— le quart des malades présente des hypertensions comprises entre 18 et 20, et le huitième, des hypertensions supérieures à 20 cm ;

— aucune hypertension légère.

Un graphique exprimerait mieux cette répartition en pourcentages des patients éthyliques, en fonction des formes tensionnelles et dans les différentes catégories d'âges :

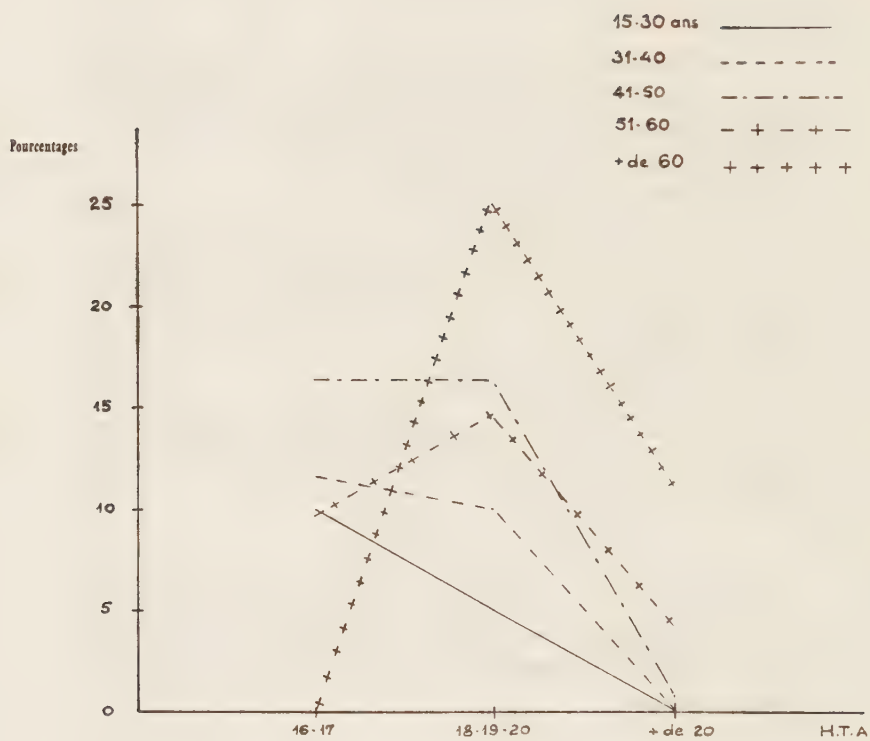


FIGURE 3

Ces diverses courbes mettent en évidence les faits que nous avons constatés, à savoir, pour conclure :

— l'augmentation du pourcentage d'hypertendus avec l'âge, celui des alcooliques de 41 à 50 ans dépassant nettement (au total 10,47 % de plus) celui des alcooliques de la catégorie d'âges suivante ;

— le déplacement vers les moyennes hypertensions des pourcentages d'hypertendus, avec décroissance rapide de ceux-ci pour les hypertensions élevées, surtout entre 41 et 50 ans.

2° LES MALADES MENTAUX NON ÉTHYLIQUES.

Chez nos malades non éthyliques représentant notre norme psychiatrique, nous avons procédé à la même répartition statistique, aux fins d'une comparaison valable. Selon les mêmes données, nous avons obtenu le classement suivant :

Divers	Nombre total de malades	H.T.A. légères 16-17		H.T.A. moyennes 18-19-20		H.T.A. élevées + de 20		Total
		1	3,33 %	1	3,33 %	0	0 %	
15-30 ans	30	1	3,33 %	1	3,33 %	0	0 %	2 6,66 %
31-40 ans	27	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0 0 %
41-50 ans	25	2	8 %	4	16 %	1	4 %	7 28 %
51-60 ans	17	2	11,76 %	2	11,76 %	0	0 %	4 23,52 %
Plus de 60 ans ..	16	2	12,50 %	3	18,75 %	3	18,75 %	8 50 %

TABEAU IV

Jusqu'à 40 ans :

— le pourcentage d'hypertendus est faible, 3,50 % seulement ;

— aucune hypertension élevée.

A l'âge moyen :

— les trois formes d'hypertensions sont représentées ;

— le pourcentage d'hypertendus est plus élevé dans les limites de l'hypertension moyenne.

De 51 à 60 ans :

— les deux formes d'hypertensions, légères et moyennes, rassemblent également tous les hypertendus.

Après 60 ans :

— la moitié des sujets est hypertendue, 37,50 % de ceux-ci affichant une tension artérielle supérieure à 18 cm.

En objectivant ces données sous la forme d'un schéma :

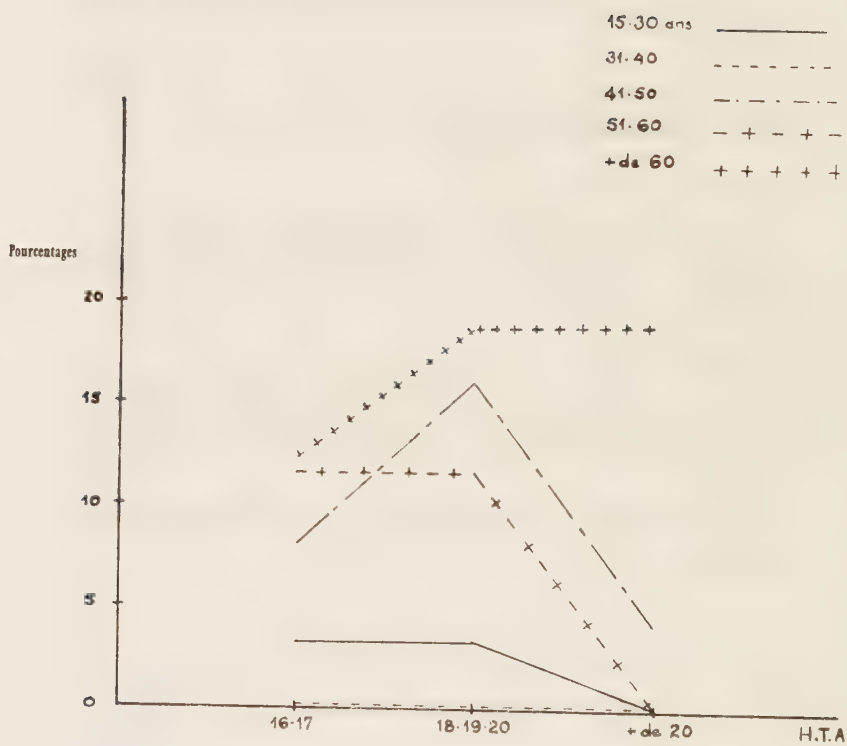


FIGURE 4

Nous retrouvons ici, mais à un niveau inférieur à celui des alcooliques, l'accroissement du nombre d'hypertendus avec l'âge. Remarquons une majoration de 4,48 % chez les hommes de 41 à 50 ans par rapport à ceux de 51 à 60 ans ;

— le déplacement vers les hypertension moyennes en fonction de l'âge.

Des données que nous avons essayé de mettre en valeur dans ce travail, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

— plus grande fréquence de l'hypertension artérielle chez les malades mentaux masculins hospitalisés pour alcoolisme chronique. Cela, à tous les âges, sauf au delà de la soixantaine, en raison d'une disparition vraisemblablement plus précoce de ces sujets.

La répartition globale des hypertension dans les diverses catégories d'âges montre en effet que les éthyliques sont hypertendus plus précocement que les autres malades mentaux :

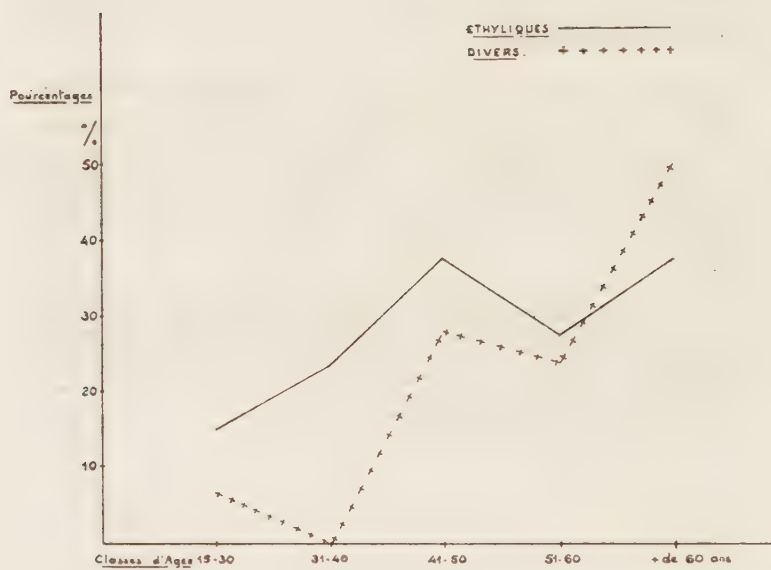


FIGURE 5

— d'une façon générale, l'évolution se fait dans le sens d'une augmentation du taux de l'hypertension en proportion de l'avancement en âge, avec une plus-value nette entre 41 et 50 ans ;

— il existe une notable majoration de la fréquence des hypertensions artérielles chez les éthyliques chroniques par rapport aux autres malades mentaux, et celle-ci n'est pas semblable dans les différentes classes d'âges ; c'est ainsi qu'on observe un accroissement progressif du nombre d'hypertensions moyennes avec le vieillissement, traduisant l'influence d'une intoxication d'autant plus prolongée. Cette majoration est surtout remarquable avant 40 ans, où 21,42 % des alcooliques chroniques sont hypertendus, contre seulement 3,50 % des psychopathes non éthyliques.

L'influence exercée dans ce domaine par l'éthylisme chronique est donc, en fait, l'activation d'un processus commandé par le vieillissement.

IV. — INFLUENCE DE LA CURE DE DESINTOXICATION SUR L'HYPERTENSION ARTERIELLE DE L'ALCOOLIQUE CHRONIQUE

MODALITES DU TRAITEMENT.

Les alcooliques hospitalisés à la Maison de Santé de Saint-Jean-de-Dieu sont évidemment soumis à une cure de dégoût, sauf contre-indication.

Le groupe de malades choisis pour notre étude comporte deux catégories d'éthyliques : les uns soumis à une cure par l'apomorphine, les autres à une cure par l'Esperal (Disulfirame) et cela plus particulièrement dans le service de M. le Docteur LARRIVÉ.

La cure proprement dite est précédée, dans tous les cas, d'une mise en observation de huit jours à trois semaines, pendant laquelle tous les examens complémentaires jugés nécessaires sont pratiqués, en même temps que l'on procède à une enquête sociale.

La cure à l'Esperal évolue normalement en deux temps successifs :

— Au premier temps, durant une semaine, le malade absorbe chaque matin deux comprimés de TTD, puis un verre de vin rouge pur une demi-heure après.

— Au deuxième temps, soit pendant deux semaines, il est donné au patient un ou deux comprimés de TTD suivant l'intensité de la réaction, mais le vin n'est plus administré qu'une fois par semaine.

C'est, en quelque sorte, le « rodage » au traitement que le malade devra suivre après sa sortie.

La cure par Apomorphine, plus particulièrement utilisée dans le service de M. le Docteur MESTRALLET, consiste à faire ingérer par le malade vin, bière et rhum trois à cinq minutes après l'injection intramusculaire d'apomorphine. La première injection est de 5 mg, elle permet de doser la sensibilité du sujet et son temps de réaction, donc de déterminer les doses des injections suivantes. Il est injecté ainsi jusqu'à 15 mg d'apomorphine intra-musculaire par réaction. La bière a été associée au vin avec le rhum, l'expérience ayant montré que la plupart des rechutes se font par ces deux boissons, la bière surtout.

Ce traitement comprend trois phases successives :

— Une « entrée en matière » de trois jours où le malade fait une réaction de vomissements toutes les trois heures, jour et nuit.

— Une phase d'entretien de dix semaines en général, plus parfois pour les rebelles, avec une réaction par semaine.

— Une phase terminale de trois jours consécutifs, identique à celle du début.

La totalité de la cure s'échelonne ainsi sur trois mois au minimum.

Pour l'une et l'autre méthode, le traitement se complète d'une post-cure. Le malade est convoqué avec une fréquence et pour une durée variables, appréciées d'une manière strictement individuelle à l'occasion de chaque visite.

EFFETS DU TRAITEMENT SUR LA TENSION ARTERIELLE.

Alors même qu'il était constaté une certaine tendance à l'hypertension chez ces éthyliques « candidats » à la cure de désintoxication, l'intérêt qui leur était manifesté révélait une diminution du chiffre tensionnel après un mois de cure de dégoût par l'Esperal (TTD, disulfirame). LARRIVÉ et COSNIER (1958).

La reprise de cette étude nécessitait, pour l'obtention d'un matériel adéquat, l'élimination des cas où la tension artérielle mesurée après traitement ne pouvait être retrouvée, ainsi que des cas douteux où la tension artérielle au moment de la sortie n'avait pas été relevée dans les mêmes conditions qu'à l'entrée et par le même opérateur (malade au repos, même appareil).

De plus, nous n'avons pris en considération que les variations supérieures à 1 cm de mercure.

Sur un groupe de 52 éthyliques chroniques, hypertendus à l'entrée, comprenant des sujets traités par Esperal et par Apomorphine, nous avons relevé :

36 hypertensions améliorées ;

16 hypertensions stables.

Aucune ne s'est montrée aggravée.

Soit d'une façon plus détaillée :

Traitements	Nombre total de malades	H.T.A. stables		H.T.A. améliorées		H.T.A. aggravées	
Espéral	41	13	31,70 %	28	68,29 %	0	0 %
Apomorphine	14	3	27,27 %	8	72,72 %	0	0 %
Total	52	16	30,76 %	36	69,23 %	0	0 %

TABLEAU V

Dans près de 70 % des cas, le traitement amène une diminution de la valeur tensionnelle chez l'éthylique chronique hypertendu.

Les autres sujets, chez qui l'hypertension se montre stable, c'est-à-dire chez qui la tension artérielle s'est maintenue à un taux à peu près égal à celui qui avait été noté au moment de leur entrée à l'hôpital, doivent apparemment leur état à une cause autre que l'alcoolisme.

Cependant, un grand nombre de malades hospitalisés pour une cure de dégoût ne présentaient pas, à l'entrée, de chiffres tensionnels anormalement élevés. Nous avons donc répété notre étude sur un groupe de 121 malades normotendus, choisis avec le même soin et selon les mêmes critères.

Nous avons trouvé :

32 tensions artérielles abaissées ;

88 tensions artérielles stables ;

1 tension augmentée

et plus précisément :

Traitements	Nombre total de malades	T.A. stables		T.A. abaissées		T.A. augmentées	
Espéral	85	61	71,76 %	23	27,06 %	1	1,17 %
Apomorphine	36	27	75 %	9	25 %	0	0 %
Total	121	88	72,72 %	32	26,45 %	1	0,82 %

TABEAU VI

Chez les sujets normotendus,, la valeur tensionnelle ne subit que peu de variations ; plus de 70 % de ces alcooliques font la preuve de leur stabilité tensionnelle.

Qu'ils soient hypertendus ou non, la tension artérielle n'est pratiquement pas influencée, dans le sens de l'aggravation, par une cure à l'Esperal ou à l'Apomorphine.

Chez les sujets normotendus, la valeur tensionnel, les hypertensions varient en proportion presque inverse avec les normotensions ; donc, sensibilité particulière d'un grand nombre d'alcooliques hypertendus à la cure de désintoxication.

De toute manière, pour les deux modes de cure, le traitement n'est pas terminé : le malade doit revenir à l'hôpital, soit en consultation, soit pour y effectuer des rappels.

Le malade ne peut être livré à lui-même pendant une ou deux années et plus selon les cas, au cours desquelles il doit absorber de l'Esperal chaque jour ou ne pas éprouver le besoin d'entretenir son dégoût par quelques vomissements à l'Apomorphine.

Le rythme des examens ou des « rappels » est décidé suivant les résultats, deux, trois, six mois après.

Bien entendu, un certain nombre de ces malades dénoncent le contrat médecin-malade, qui n'a plus, à leurs yeux, de raison d'exister, soit parce qu'ils ne boivent plus, souvent, soit parce qu'au contraire ils ont rechuté.

LA SURVEILLANCE DE POST-CURE.

Parmi le groupe d'alcooliques chroniques utilisés pour notre étude, nous avons retenu 108 malades pour lesquels nous avons noté les chiffres tensionnels

relevés au moment de la dernière visite de post-cure, c'est-à-dire plusieurs mois après l'hospitalisation.

Là encore, nous avons classé les valeurs tensionnelles en trois catégories : les tensions artérielles stables, les tensions améliorées ou diminuées, les tensions aggravées. Comme précédemment, n'ont été retenues que les variations supérieures à 1 cm de mercure.

Nous avons en outre rangé en deux tableaux distincts les taux mesurés chez les malades hospitalisés avec une tension artérielle normale et chez les malades venus avec une hypertension au moment de leur cure de dégoût.

Chez les anciens normotendus, nous avons obtenu les résultats suivants (par la lettre R sont signifiées les rechutes vérifiées par le service social) :

Traitements	T.A. stables		T.A. diminuées		T.A. aggravées		Total
Espéral	39	63,93 %	12	19,67 %	10	16,39 % R=7	61
Apomorphine	10	50 % R=2	3	15 %	7	35 % R=5	20
Total	49	60,49 % R=2	15	18,51 %	17	20,98 % R=12	81

TABLEAU VII

Chez les malades anciens hypertendus, nous trouvons selon le même mode :

Traitements	T.A. stabilisées	T.A. diminuées	T.A. aggravées	Total
Espéral	8 34,78 % R=1	14 60,86 %	1 4,34 %	23
Apomorphine	1 25 %	2 50 %	1 25 %	4
Total	9 33,33 % R=2	16 59,25 %	2 7,40 %	27

TABEAU VIII

Nous retrouvons donc des résultats analogues à ceux que nous avons obtenus à la fin de la cure de dégoût, à savoir :

— que les hypertensions surtout sont influencées par le traitement hospitalier ;

— que cette amélioration est stable, puisque 59,25 % des hypertendus améliorés (69,23 %) le sont encore plusieurs mois après l'hospitalisation ;

— qu'enfin, sur quinze rechutes avérées, douze coïncident avec une augmentation de la valeur tensionnelle.

On pourrait être tenté d'attribuer la diminution du chiffre tensionnel à l'action pharmacodynamique des produits employés dans la cure de dégoût proprement dite.

D'assez nombreuses études ont été faites sur l'action du Disulfirame (Espéral) au moment de la réaction Disulfirame-alcool. DUBOUCHER et POROT ont ainsi distingué quatre phases dans les manifestations cardio-vasculaires dues à cette réaction :

— Une première phase d'un quart d'heure, immédiatement après l'ingestion de l'alcool, avec accélération cardiaque et une élévation légère de la pression artérielle.

— Une deuxième phase d'une quinzaine de minutes, où la tension artérielle baisse alors que le pouls continue à s'accélérer.

— La troisième phase, avec la réduction progressive de la tachycardie et abaissement profond et même effondrement de la tension artérielle. Cette période dure environ une demie-heure.

— La quatrième phase enfin, avec la réascension de la tension. DESRUELLE, DEBROUSSE et FEILLON ont

montré que celle-ci était lente et que la pression artérielle ne réatteignait son point de départ qu'aux environs de la septième heure. Parfois après une période transitoire d'hypertension modérée due probablement à une vaso-constriction secondaire.

L'Apomorphine, elle, est le type des vomitifs centraux et l'hypotension légère qu'elle peut provoquer est très passagère.

Donc, si l'on ne peut nier l'action hypotensive de ces produits pas plus que l'influence du repos dans le service hospitalier, le maintien des résultats au cours d'une post-cure s'échelonnant sur de nombreux mois où les malades ont repris une existence normale écarte l'hypothèse d'une simple action médicamenteuse.

Le rôle favorisant de l'alcoolisme se confirme d'ailleurs par le fait qu'il y ait réascension de la valeur tensionnelle dans la plupart des cas de rechute.

En somme, la cure de désintoxication apporte une amélioration stable à l'état des alcooliques hypertendus. Par contre, elle a peu d'effets sur la tension artérielle des alcooliques normotendus.

La remontée tensionnelle consécutive à la reprise de l'intempérance peut être un critère intéressant susceptible de compléter le test de contrôle de R. REYSS-BRION selon lequel une discontinuité dans le traitement de post-cure peut être décelée, l'Esperal (Disulfirame) n'agissant que deux jours après son absorption. Dans la réaction Disulfirame-alcool provoquée par une faible quantité d'alcool (15 cc), l'augmentation du pouls doit être de 10 à 30 pulsations par minute.

V. — INTERPRETATION PATHOGENIQUE

L'observation clinique montre qu'un certain nombre de maladies, lésions ou syndromes est associé à l'hypertension d'une façon très étroite, qu'il s'agisse de néphrites, d'hypo ou d'hyperthyroïdie, de goutte ou de diabète ou encore d'une intoxication au plomb. Le lot de malades utilisés pour notre étude ne comporte donc aucun sujet ayant fait la preuve d'une affection de ce genre. Reste évidemment l'artériosclérose, incriminée comme facteur d'ischémie rénale (GOLDBLATT) ou comme facteur d'altération vasculaire modifiant l'élasticité des artères qui peut être un argument en faveur d'une évolution normale de l'hypertension artérielle essentielle.

Notre étude le montre assez nettement, la quarantaine marque en ce domaine un véritable tournant pathologique après lequel l'hypertension s'installe et s'accroît avec la vieillesse. On assiste en quelque sorte à un passage à une hypertension permanente dont la genèse peut être un surmenage mécanique des vaisseaux conduisant à la sclérose. Cette sur-

charge peut s'exagérer en conséquence des variations de pression déterminées par les agressions répétées tout au long d'une intoxication ancienne.

C'est ainsi qu'un examen systématique du fond d'œil chez les éthyliques chroniques montre un grand nombre de scléroses diffuses semblables à celles qu'on observe dans le début de la vieillesse. (LAMACHE, ARDOUIN, DAVOST, CATROS et BOULANGER, 1954).

L'intoxication répétée conduit à un dysfonctionnement net et irréversible du système vasculaire pour SHIJAN qui met en évidence, en 1961, la forme bizarre des capillaires avec une ondulation significative ; l'apparition d'anastomoses parmi des capillaires normalement séparés qui se sont groupés ; la présence de dilatations anévritiques de ceux-ci et des hémorragies.

Cette augmentation de la perméabilité vasculaire est retrouvée concurremment chez les alcooliques chroniques et chez les malades très âgés.

Le point critique commun de la quarantaine donne lieu, comme nous l'avons montré, à un maximum net de la fréquence des hypertensions artérielles chez les éthyliques chroniques. Il y aurait sous l'influence de l'intoxication par l'alcool, un dérèglement du système de régulation de la tension artérielle venant modifier et exagérer l'évolution habituelle vers l'hypertension en rendant plus difficiles les conditions mécaniques du travail des artères ; nous savons que les éthyliques chroniques sont hypertendus plus jeunes que les autres malades mentaux.

Selon SELYE (Text Book of Endocrinology, 1950), l'hypertension est un phénomène réactionnel aux agressions qui portent somatiquement sur l'organisme :

Après une réaction d'alarme, phase de shock puis

phase de contre-shock, une phase de résistance de l'organisme à l'agression et enfin un stade d'épuisement. L'hypertension serait une « maladie de l'adaptation », conséquence d'une agression, l'intoxication alcoolique entraînant une poussée catabolique qui exerce ses effets perturbateurs par l'intermédiaire de la surrénale.

L'alcool ingéré passe rapidement dans le sang, une petite quantité est éliminée par les émonctoires naturels (urines, sueur, salive, ventilation pulmonaire) et le reste est comburé dans l'organisme, dans le foie surtout. Normalement, l'organisme métabolise l'alcool en empruntant l'intermédiaire le plus simple, c'est-à-dire l'acétaldéhyde. Si l'alcool est administré en quantité trop importante, l'imbibition augmente et le métabolisme passe du stade de l'acétaldéhyde à celui de l'acide pyruvique. L'activité du foie est débordée pour détruire l'un et l'autre.

LECOQ R. a montré que l'on pouvait réaliser chez le lapin une intoxication par le pyruvate de sodium de synthèse très comparable à l'intoxication alcoolique :

L'acidose observée dans l'alcoolisme chronique paraît due à une intoxication pyruvique. Les processus enzymatiques normalement mis en jeu, déshydrase et cozymase, cocarboxylase et codécarboxylase, coenzyme A et catalase, s'épuisent ; l'organisme ne trouve plus les éléments nécessaires à la synthèse des ferments, thiamine, pyridoxine, acide pantothénique, accaparés et gaspillés par le métabolisme de l'alcool.

Par le dosage de ces deux métabolites essentiels du catabolisme de l'alcool, LECOQ a précisé ces anomalies :

Chez les alcooliques chroniques, l'acétaldéhyde, qui est le premier formé par l'organisme aux dépens de

l'alcool, est incomplètement détruit par déficience enzymatique. Les quantités qui sont alors trouvées peuvent monter jusqu'à 15 mg ‰ au lieu de 1,6 mg ‰ en moyenne chez l'individu normal. Cette augmentation serait d'ordinaire suivie par celle du taux d'acide pyruvique.

Précisément, nous avons pu montrer dans notre travail qu'une part importante des hypertensions de l'alcoolique chronique, celles que nous dirions d'origine proprement alcoolique, cèdent ou s'améliorent par la désintoxication et l'abstinence de toutes boissons alcoolisées d'une façon durable.

Comme nous l'avons déjà dit dans la présentation de notre matériel d'étude, ces alcooliques présentent une certaine similitude psychologique : irritables, coléreux ou au contraire asthéniques et déprimés avec, derrière une sensiblerie de surface, une susceptibilité malade. « Ces sujets puisent dans cette association complexe d'insatisfaction, d'opposition et de doute, une jalousie et une morosité susceptible, à tout moment, de se transformer en colère » (DUBLINEAU).

Ces malades sont souvent des anxieux, l'anxiété intervenant comme un élément pathogénique de l'alcoolisme.

FELDMANN admet la responsabilité des centres hypothalamiques dans les troubles de l'alcoolisme chronique, s'appuyant sur les résultats des recherches effectuées sur la physiologie de l'hypothalamus. WETHLEY (1944) rend dangereux, hargneux et insociables des chats de caractère agréable, par une lésion bilatérale des noyaux centro-médians et périventriculaires. FELDMANN mentionne encore les travaux français de ROUSSY et MOSINGER et ceux de l'Ecole Zurichoise, HESS.

Il y a longtemps déjà, CANNON avait démontré que

les phénomènes d'hypertension artérielle produits par les émotions fortes (la peur, la douleur, la colère) sont des conséquences équivalentes à celles d'une excitation de l'ensemble de la partie sympathique du système nerveux de la vie organo-végétative. Le mécanisme sympatho-surrénal, mis en évidence par CANNON (la mise en circulation d'adrénaline par le stress émotionnel), serait une réaction somatique, d'origine psychique, donnant à l'organisme le moyen de répondre à l'agression. Un lien de causalité existerait entre les activités physiologiques du Psyché avec celles du Soma.

En 1929, PENFIELD rapportait les constatations faites dans un état d'origine hypothalamique, une tumeur du troisième ventricule ; à son tour PAGE rapportait, en 1935, les observations d'un complexe clinique analogue ; dans cette conjoncture, on constatait des troubles sympathiques témoignant d'une instabilité des fonctions somatiques et psychiques associant le fait hypertensif et une instabilité émotionnelle marquée.

Si, pour BURGI, cet étage est l'étage ultime de l'appareil nerveux organo-végétatif à partir duquel il y aurait seulement extension sous la forme de dérangements de fonctions, pour FULTON, l'activité hypothalamique est bien réglée et coordonnée par le cortex cérébral, réalisant la conjonction de l'activité sympathique avec les phénomènes psychiques.

Cette personnalité de l'alcoolique chronique, faite d'instabilité émotive, d'anxiété, qui faisait écrire à FOUQUET (1951) : « celui qui boit, recherche désespérément et névrotiquement à retrouver son passé ; l'intoxication l'aidera tour à tour à échafauder des rêves très infantiles de gloire ou de puissance, soit à revivre des cauchemars primitifs et terrifiants » paraît tout à fait susceptible d'entretenir, par le jeu de mécanismes à point de départ psychiques analo-

gues à ceux que nous avons évoqués, des rapports étroits avec une maladie hypertensive dont la coexistence, en dehors de l'alcoolisme, est si souvent constatée dans la pratique courante.

« La constatation d'un habitus hypertensif typique chez l'homme (sexe masculin) doit être une occasion qui incitera à procéder chez lui à une investigation dans son état psychique » SCHROEDER (*Hypertensive Diseases*, 1953).

Le fait ressortant de nos constatations, à savoir que tous les éthyliques chroniques ne sont pas des hypertendus et qu'un certain nombre ne le devient jamais quelle que soit l'importance de l'intoxication, ne permet pas de faire de l'alcoolisme une cause déterminante de l'hypertension artérielle.

Les conditions semblables d'apparition de cette hypertension chez les malades sobres et chez les alcooliques, avec une incidence majorée chez ces derniers, donnent à penser que l'alcool intervient en aggravant le rôle et les conséquences de conditions psycho-somatiques communes, artériosclérose, troubles métaboliques, déséquilibre psychique.

VI. — CONCLUSIONS GENERALES

Depuis longtemps, de nombreux auteurs ont souligné la fréquence des complications cardio-vasculaires chez les éthyliques chroniques mais l'association du syndrome hypertensif à l'intoxication alcoolique, très discutée tant dans sa réalité que dans ses modalités, n'a pas réalisé l'accord.

Notre étude statistique et comparative portant sur 382 malades masculins, 267 sujets alcooliques chroniques hospitalisés pour subir une cure de désintoxication et 115 malades mentaux de tous diagnostics, non éthyliques, pris comme norme psychiatrique, a fait ressortir :

— La décompensation majeure de l'éthylisme entre 41 et 50 ans d'âge .

— La fréquence de l'association de l'hypertension artérielle à l'alcoolisme puisque 29,58 % de ces éthyliques sont hypertendus, la population psychiatrique non éthylique ne révélant que 18,25 % d'hypertensions.

— L'apparition plus précoce du syndrome hypertensif chez les alcooliques : 21,42 % d'entre eux n'ont pas 41 ans contre 3,5 % chez les autres psychopathes. L'évolution se fait dans le sens d'une aggravation de l'hypertension avec le vieillissement mais il

y a une plus-value nette à l'âge moyen puisque, entre 41 et 50 ans, se range plus du tiers de ces alcooliques hypertendus.

— Le traitement influence favorablement ces hypertensions, que la cure soit faite à l'Esperal (Disulfirame) ou à l'Apomorphine :

Sur 52 alcooliques hypertendus contrôlés à leur sortie de l'hôpital, près de 70 % sont améliorés ; 121 alcooliques normotendus n'ont pas montré de modifications du taux tensionnel dans plus de 70 % des cas, dans les mêmes conditions.

— L'amélioration est durable puisqu'elle est encore constatée au cours des visites de post-cure, plusieurs mois après le traitement hospitalier.

— La rechute se traduit par une élévation du chiffre tensionnel ou une aggravation de l'hypertension.

S'il paraît impossible de considérer l'intoxication alcoolique chronique comme un facteur étiologique suffisant de l'hypertension, il semble qu'elle en favorise l'apparition et la persistance

- en majorant les effets du vieillissement
- en créant et en entretenant des désordres métaboliques importants
- en fixant et en aggravant la condition psychique particulière du buveur.

Vu :

Le Doyen,
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,
J. DECHAUME.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 24 mai 1963.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRZEJEWSKI. — Effect of prolonged feeding ethyl alcohol to rats on functioning of the adrenal cortex. *Pol. Arch. Med. Wewnet*, 31, 1961, 46, 137.
- ARMSTRONG. — The causes of secondary H.T.A. *Med. Times*, juin 1961, 89, 555-560.
- ASCHKENASIE, LELU. — Experimental chronic alcoholisation influence exerted by various physiological factors on the spontaneous consumption of alcohol in laboratory animals. *Amer. Nutr.*, 14, *Rev.*, 101, 33.
- BANSCHCHIKOV, KOSENKO, ANTIN. — Maladies vasculaires et rôle de l'alcool. *Soviet Med.*, juin 1961, 25, 34-40.
- BARDON, COUSTILLE. — Contribution à l'étude de certains facteurs étiologiques dans la maladie hypertensive. *Thèse Toulouse*, 1954.
- BOUCHU, FROMENT, GRASSET. — Etat du système cardio-vasculaire dans la cirrhose éthylique du foie. 1937, 160, 3-15 et 29-35.
- BOUR. — L'alcoolisme et ses répercussions biologiques. *Concours Méd.*, 28 janv. 1950, 72, n° 4, 245-250.
- BURGL. — Les régulations neuro-végétatives. Paris, 1953.
- CATROS. — Le fond de l'œil dans l'alcoolisme chronique. *Thèse Paris*, janv. 1956.
- CAVALIE. — Influence de l'alcoolisme sur la morbidité et les accidents du travail. *Soc. Méd. du Tr. Toulouse*, 25 juin 1955.
- DAVOST. — Essai sur quelques aspects cliniques, physiologiques et psychologiques de l'alcoolisme chronique. *Thèse Paris*, 1953.
- DEBROUSSE. — Le fond d'œil des alcooliques chroniques. *Rev. Alc.*, 1953, 3, 29.

- FELDMANN. — Les traitements modernes de l'alcoolisme chronique. Considérations biologiques, psychologiques, sociales. *L'Hygiène Mentale*, 1953, 42, n° 1, 15-35.
- FOUILLY, PONCET. — L'éthyl-di-thiourame en pharmacologie et thérapeutique. *Thèse* Lyon, 1953.
- FOUQUET. — Observations et commentaires concernant des malades alcooliques suivis pendant plus de cinq années. *Communication française au 25^e Congrès contre l'alcoolisme*, Istambul 1956.
- GRIGORIANTS. — Antitoxic function of the liver in the condition of central nervous system excitability in patients with hypertension. Avril 1962, *Ark.*, 33, 32-40.
- GUILHAUMON. — A propos de l'hypertension dans certains groupes de travailleurs. *Thèse* Toulouse, 1954.
- HESS. — Die funktionelle organisation des vegetative nerven system. Bâle, 1948.
- JOSEPH (C.), LEE. — Effects of alcohol injections on the blood. *Quarterly J. of studies on alcohol*, March 1962, 23, n° 1, 4-15.
- KALANT. — The pharmacology of alcohol. *Suppl.*, nov. 1961, 1, 23.
- LECOCQ. — L'agression alcoolique dans la production de l'hypertension. *C.R. Soc. Bio.*, 1948, 142, 891 et 893.
- LECOCQ. — Hypertension et alcoolisme chronique. *Rev. Patho. Comp. Hygiène Gén.*, 1952, 52, 523.
- LECOCQ. — Sur le mode d'action de l'apomorphine dans le traitement des alcooliques chroniques. *C.R. Ac. Sc.*, 1952, 234, 560.
- LECOCQ. — Perturbations métaboliques de la maladie alcoolique et certaines manifestations d'hypertension. *Rev. Alc.*, janv.-mars 1957, t. IV, n° 5, 138.
- LE MAGNEN. — Studies of some factors associated with modifications of spontaneous ingestion of ethyl alcohol by the rat. *J. Physio.*, 1961, 6, 974.
- LEREBOULLET, PLUVINAGE, LEVILLAN. — Athérome cérébral et alcoolisme chronique. *Soc. Sav. S.C.*, 5 janv. 1960 ; *Rev. du Prat*, 1960, t. X, n° 6, 658.
- LIAN. — Association d'insuffisance myocardique et hypotension artérielle d'origine alcoolique. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1938, 54, 986-993.
- LOUVIGNE. — Contribution à l'étude de l'appareil cardiovasculaire au cours de l'éthylisme chronique. *Thèse* Paris, 1952.
- LOYKE-CUTABELLI. — An evaluation of hypertension in liver disease in an alcoholic service. *Am. J. Med. S.C.*, 1960, 240, 1061, 346-348.

- LYNCH-HILLS. — Brain lesions in chronic alcoholism. *Am. Arch. Path.*, 1960, 69, 342-353.
- PELLE, GOUFFAULT, LOUVIGNE. — Etude de l'appareil cardio-vasculaire chez 75 cas d'alcoolisme chronique. *Arch. Mal. Cœur*, janv. 1953, 46, n° 57.
- PLANQUES, LONG, DUTECH. — Effets de l'alcool sur les artères des membres. *Ann. Méd. Psych.*, oct. 1960, 118, n° 3, 497.
- REYSS-BRION (R.). — Un test de contrôle des cures d'antabus. *Lyon Méd.*, 25 sept. 1955, 39, 261-269.
- SEDAN. — Note complémentaire sur le fond d'œil de l'éthylisme incipiens. *Rev. Oto-Neuro. Opht.*, 1957, 29, n° 1, 42-43.
- ZAVIALOV. — On the nature of hangover and the causes of excessive use of alcohol. *Zh. Nevropat. Psikhiat. Korsakow*, 1960, 4, 1504.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	
I. — HISTORIQUE	
II. — MATÉRIEL D'ÉTUDE	
Les éthyliques chroniques	
Les malades mentaux non éthyliques	
Tableau n° I	
Figure n° 1	
III. — FRÉQUENCE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE	
Les éthyliques chroniques	
Tableau n° II	
Figure n° 2	
Tableau n° III	
Figure n° 3	
Les malades mentaux non éthyliques	
Tableau n° IV	
Figure n° 4	
Répartition globale des hypertensions	
Figure n° 5	
IV. — INFLUENCE DE LA CURE DE DÉSINTOXICATION SUR L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE L'ALCOOLIQUE CHRONIQUE	
Modalités du traitement	
Effets du traitement sur la tension artérielle..	
Tableau n° V	
Tableau n° VI	
La surveillance de post-cure	
Tableau n° VII	
Tableau n° VIII	
V. — INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE	
VI. — CONCLUSIONS GÉNÉRALES	
VII. — BIBLIOGRAPHIE	

